

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
744 P Street, Sacramento, CA 95814



December 13, 1995

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE I- 60-95

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

- State Law Change
- Federal Law or Regulation Change
- Court Order
- Clarification Requested by One or More Counties
- Initiated by CDSS

SUBJECT: SAWYER V. ANDERSON NOTICES OF ACTION (NOAs), CLAIM FORM AND POSTER

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER (ACL) 95-61 Dated October 23, 1995

The purpose of this letter is to transmit the poster and the Spanish translations of the NOAs and claim form developed as a result of the Sawyer v. Anderson Court Case.

ACL 95-61 contained an Approval NOA of Back Cash Aid (Temp 2091), a Change NOA (Temp 2092), a Retroactive Denial NOA (Temp 2106) and a Claim Form (Temp 2107). This ACIN transmits the Spanish translations of these items. A copy of the multilingual poster (Temp 2108), which was not in the first ACL, is also attached.

Camera-ready copies of the NOAs and claim form in Cambodian, Chinese and Vietnamese will be issued upon request through the Language Services Bureau. To obtain camera-ready copies, telephone or write to:

CDSS Language Services  
744 P Street, MS 9-024  
Sacramento, California 95814  
(916) 654-1282 (CALNET) 8-464-1282  
FAX (916) 654-1295 (CALNET) 8-464-1295

For camera-ready copies of the NOAs and claim form, Spanish-only, contact the Forms Management Unit at (916) 657-1907 (CALNET) 8-437-1907.

If you have questions regarding this letter, please contact Pam Kian in the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 654-1801 (CALNET) 8-464-1801.

Sincerely,

BRUCE WAGSTAFF  
Deputy Director  
Welfare Programs Division

Attachment

Form with fields for: Fecha de la notificación, Nombre del caso, Número Nombre del trabajador, Número, Teléfono, Dirección.

(ADDRESSEE)

Large empty rectangular box for address or notes.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la parte de atrás de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Una orden de la corte declaró que se le dio un pago insuficiente.

A partir del \_\_\_\_\_, el condado aprobó su asistencia monetaria retroactiva por \$ \_\_\_\_\_.

Ahora se deben aplicar ciertas deducciones a los pagos de Indemnización Temporal por Incapacidad del programa de Compensación por Lesiones de Trabajo (Worker's Compensation Temporary Disability Indemnity, TDI) que usted recibió para los meses de \_\_\_\_\_.

La razón es la siguiente:

Una orden de la corte estipula que tenemos que cambiar la manera en que consideramos los pagos de TDI al calcular la asistencia monetaria. Los pagos de TDI que usted recibió antes fueron calculados como otros ingresos contables, pero ahora reúnen los requisitos para ser deducciones para los ingresos ganados. Las deducciones rebajan la cantidad de ingresos que se cuentan al calcular su asistencia monetaria.

Si usted reúne los requisitos para recibir asistencia monetaria retroactiva debido a esta orden de la corte, este pago retroactivo no se contará al calcular su asistencia monetaria actual.

Por favor díganos si también recibió pagos de TDI entre enero de 1991 y junio de 1992. Si es así, es posible que pueda recibir más asistencia monetaria retroactiva.

Cantidad mensual de la asistencia monetaria

Table for 'Sus ingresos contables en (MES/AÑO)'. Rows include: Total de ingresos ganados, Deducción por gastos de trabajo, Deducción de \$30 y 1/3, Deducción por cuidado de personas a su cargo, Otros ingresos contables, and Ingresos netos contables.

Table for 'Su asistencia monetaria en (MES/AÑO)'. Rows include: Asistencia básica para personas, Necesidades especiales, Subtotal, Ingresos netos contables, Subtotal de asistencia monetaria, Ajuste para cobrar un pago excesivo, Asistencia máxima para personas, Cantidad mensual de asistencia monetaria, TOTAL DEL PAGO RETROACTIVO, Saldo del pago excesivo, Pago retroactivo, and Usted aún nos debe.

Reglas: Estas reglas, las cuales puede revisar en su oficina de bienestar, son pertinentes: MPP 44-101, 44-101.51. Sawyer v. Anderson

## SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

### Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia.

### Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

### Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

- Asistencia monetaria       Estampillas para Comida

### Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito: 1-800-952-5253

Si es sordo y usa TDD: 1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

### Otra información

**Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico:** La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

**Expediente de la audiencia:** Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

## COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

### PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, acerca de mí(s)

- Asistencia monetaria       Estampillas para Comida  
 Medi-Cal       Cuidado de Niños       Otro (anote) \_\_\_\_\_

La razón es la siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.  
 Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

- Necesito un intérprete sin costo para mí.  
Mi idioma es el: \_\_\_\_\_

Mi nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi No. de caso: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# NOTIFICACION DE ACCION CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND WELFARE AGENCY  
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
 Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
 Número del trabajador : \_\_\_\_\_  
 Nombre del trabajador : \_\_\_\_\_  
 Número : \_\_\_\_\_  
 Teléfono : \_\_\_\_\_  
 Dirección : \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el estado.** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la parte de atrás de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir del \_\_\_\_\_, el condado cambiará la cantidad mensual de su asistencia monetaria de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_.

La razón es la siguiente:

Una orden de la corte estipula que la deducción por ingresos ganados se debe aplicar a los pagos que usted recibe de Indemnización Temporal por Incapacidad del programa de Compensación por Lesiones de Trabajo (*Worker's Compensation Temporary Disability Indemnity, TDI*). Las deducciones rebajan la cantidad de ingresos que contamos al calcular su asistencia monetaria.

La nueva cantidad de su asistencia monetaria se calcula en esta hoja.

### Cantidad mensual de la asistencia monetaria

#### Sus ingresos contables en \_\_\_\_\_ (MES/AÑO)

Total de ingresos ganados.....	\$ _____
Deducción por gastos de trabajo.....	- _____
Deducción de \$30 y 1/3 .....	- _____
Deducción por cuidado de personas a su cargo .....	- _____
Otros ingresos contables--Enumere las fuentes:	
_____	+ _____
_____	+ _____
_____	+ _____
Mantenimiento ordenado por la corte que Ud. pagó .....	- _____
<b>Ingresos netos contables .....</b>	<b>= _____</b>

#### Su asistencia monetaria en \_\_\_\_\_ (MES/AÑO)

Asistencia básica para _____ personas.....	\$ _____
Necesidades especiales.....	+ _____
Subtotal .....	= _____
Ingresos netos contables.....	- _____
Subtotal de asistencia monetaria .....	\$ _____
Ajuste para cobrar un pago excesivo .....	- _____
Asistencia máxima para _____ personas.....	\$ _____
Cantidad mensual de asistencia monetaria que debió recibir .....	\$ _____
Cant. mensual de asistencia monetaria que recibió .....	- _____
Cant. retroactiva de asistencia monetaria .....	\$ _____
Cantidad mensual de asistencia monetaria.....	\$ _____
<b>TOTAL DEL PAGO RETROACTIVO (para todos los meses) .....</b>	<b>\$ _____</b>
Saldo del pago excesivo.....	\$ _____
Pago retroactivo que se le debe a usted .....	- _____
Usted aún nos debe .....	\$ _____

**Reglas:** Estas reglas, las cuales puede revisar en su oficina de bienestar, son pertinentes: MPP 44-101, 44-101.51. Sawyer v. Anderson



**NOTIFICACION DE ACCION**

CONDADO DE \_\_\_\_\_

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND WELFARE AGENCY  
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número Nombre del trabajador(a) : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el estado.** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la parte de atrás de esta hoja se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Hemos negado su reclamo para asistencia monetaria retroactiva para el mes de \_\_\_\_\_ con fecha del \_\_\_\_\_.

La razón es la siguiente:

- Entre el 1º de julio de 1992 y el 31 de diciembre de 1995, usted
- No reunió los requisitos para asistencia monetaria.
  - No recibió pagos de Indemnización Temporal por Incapacidad (TDI) del programa de Compensación por Lesiones de Trabajo (*Worker's Compensation*).
  - No entregó a tiempo su CA 7 en el mes para el que presentó su reclamó.
- 
- No nos presentó su reclamo a más tardar el 31 de marzo de 1996.
  - No entregó una solicitud completada para reclamo a más tardar el \_\_\_\_\_.

Usted no solicitó asistencia monetaria en este condado.

Debe enviar su reclamo al condado donde solicitó y recibió asistencia monetaria entre el 1º de julio de 1992 y el 31 de diciembre de 1995.

- Debe enviar su reclamo al condado correcto a más tardar el \_\_\_\_\_.
- Enviamos su reclamo al Condado de \_\_\_\_\_  
Usted recibirá otra notificación de ese condado.
- Otra:

**Reglas:** Estas reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar, son pertinentes: MPP 44-101, 44-101.51, *Sawyer v. Anderson*

## SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

### Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia.

### Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

### Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

- Asistencia monetaria       Estampillas para Comida

### Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito: 1-800-952-5253

Si es sordo y usa TDD: 1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

### Otra información

**Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico:** La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

**Expediente de la audiencia:** Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

## COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

### PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el

Departamento de Bienestar del Condado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, acerca de mi(s)

- Asistencia monetaria       Estampillas para Comida  
 Medi-Cal       Cuidado de Niños       Otro (anote) \_\_\_\_\_

La razón es la siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

Necesito un intérprete sin costo para mí.

Mi idioma es el: \_\_\_\_\_

Mi nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi No. de caso: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## WELFARE MAY OWE YOU MONEY

1. Between July 1992 and December 1995 did any relative living in your home receive Worker's Compensation Temporary Indemnity Disability (TDI) payments?
2. Were the TDI payments counted to stop or lower your cash aid?

If you answered **yes** to **both** questions, you may be eligible for money.

You must contact the county by March 31, 1996. If you ask later than March 31, 1996, you will not get the money.

## ES POSIBLE QUE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR LE DEBA DINERO

1. Durante el período de julio de 1992 a diciembre de 1995, ¿recibió algún pariente que vivía en su hogar pagos de Indemnización Temporal por Incapacidad (TDI) del programa de Compensación por Lesiones de Trabajo (*Worker's Compensation*)?
2. ¿Se contaron los pagos de TDI para suspender o reducir su asistencia monetaria?

Es posible que reúna los requisitos para recibir dinero si contestó **sí** a **ambas** preguntas.

Tiene que ponerse en contacto con el condado a más tardar el 31 de marzo de 1996. Si lo solicita después del 31 de marzo de 1996, no recibirá el dinero.

# TY XÃ HỘI CÓ THỂ CÒN THIẾU QUÝ VỊ TIỀN

1. Trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 1992 tới tháng 12 năm 1995, có thân nhân nào ở trong nhà của quý vị được hưởng Tiền Bồi Thường Cho Công Nhân Tạm Thời Bị Mất Năng Lực (*Worker's Compensation Temporary Indemnity Disability - TDI*) không?
2. Có phải các cấp khoản TDI này đã làm cho tiền trợ cấp của quý vị bị ngưng hoặc bị giảm xuống không? Nếu quý vị trả lời **có** cho **cả hai** câu hỏi trên, quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận khoản tiền này.  
Quý vị phải liên lạc với Ty Xã Hội Hạt vào hoặc trước ngày 31 tháng 3 năm 1996. Nếu quý vị hỏi xin sau ngày 31 tháng 3 năm 1996, quý vị sẽ không được hưởng số tiền này.

## 福利所可能欠你錢

1. 在 1992 年 7 月和 1995 年 12 月之間有任何住在你家的親人領取員工賠償金暫時殘障保險 (TDI) 付款嗎?
2. 是否把 TDI 付款計算在內而因此停止或削減你的現金補助?  
假如你對這兩個問題的回答都是**是**的話, 你就有資格得到錢。  
你必須在 1996 年 3 月 31 日以前和郡政府聯絡。假如你在 1996 年 3 月 31 日以後詢問的話, 你將不能得到錢。

## ក្រសួងសុខាភិបាលអាចជំនាក់ប្រាក់លោកអ្នក

1. នៅចន្លោះខែកក្កដា ឆ្នាំ 1992 និងខែធ្នូ ឆ្នាំ 1995 តើមានសាច់បញ្ចាំណាម្នាក់របស់លោកអ្នកដែលបានរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកទទួលប្រាក់សំណងសរាប់អ្នកធ្វើការពិការជាបណ្តោះអាសន្ន (*Worker's Compensation Temporary Indemnity Disability (TDI)*) ឬទេ?
2. តើប្រាក់TDI នេះត្រូវបានគេយកមករាប់បញ្ចូលដើម្បីបញ្ចប់ ឬបន្តប្រាក់ជំនួយរបស់លោកអ្នក?  
បើសិនជាលោកអ្នកបានឆ្លើយថា**បែបនេះទើបនឹងសំណួរទាំងពីរ** លោកអ្នកប្រហែលជាអាចទទួលប្រាក់នេះ ។  
លោកអ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅខណ្ឌកុំឡិប្យូលាថ្ងៃទី31 ខែមិថុនា ឆ្នាំ1996 ។ បើសិនជាលោកអ្នករស់នៅស្ថិតជាងថ្ងៃទី31 ខែមិថុនាឆ្នាំ1996 លោកអ្នកនឹងមិនបានទទួលប្រាក់នេះឡើយ ។